



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



PTE 2162

Relación que existe entre las estrategias de afrontamiento, edad, género y antigüedad laboral que utiliza el personal de enfermería en un servicio de guardia de emergencias de un efector de dependencia municipal de la ciudad de Rosario, durante los meses de marzo a julio de 2021.

Por:

Maldonado Rosalía Carla

Docente asesor:

Mg. Córdoba Natalí

Director:

Lic. Lombardo Noelia

Rosario, 10 de diciembre del 2020

Trabajo Práctico para regularizar la actividad académica Tesina

RESUMEN

El personal de enfermería que realiza sus labores diarias en el ámbito hospitalario, cómo en una guardia de emergencias, está enfrentándose diariamente a un ambiente dinámico y estresante. Lo que implica la necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento para que cada persona tenga recursos para afrontar las demandas en forma adecuada, fomentar el autocuidado del personal y evitar la aparición de patologías crónicas habituales en esta profesión.

El objetivo de este trabajo es determinar la relación que existe entre la edad, género, antigüedad laboral y las estrategias de afrontamiento que utiliza el personal de enfermería en un servicio de guardia de emergencias de un efector de dependencia municipal de la ciudad de Rosario, durante los meses de marzo a julio de 2021. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, prospectivo mediante la aplicación de un instrumento tipo cuestionario para medir las estrategias de afrontamiento a 44 enfermeros con más de un año de antigüedad. Se realizará un análisis descriptivo multivariado, aplicando estadísticas descriptivas.

Palabras claves:

Estrategias de afrontamiento, edad, género, antigüedad laboral, enfermería.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
HIPÓTESIS:	6
OBJETIVO GENERAL:	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
MARCO TEÓRICO	8
MATERIAL Y MÉTODOS	34
TIPO DE ESTUDIO O DISEÑO	34
SITIO O CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	34
POBLACIÓN Y MUESTRA	35
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	36
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	42
PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	43
PLAN DE ANÁLISIS	44
PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA	45
ANEXOS	46
I. GUÍA DE ESTUDIO DE CONVALIDACIÓN O EXPLORATORIO DE LOS SITIOS	47
II. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
INSTRUMENTO 1	48
INSTRUMENTO 2	49
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	52
III. RESULTADO DEL ESTUDIO EXPLORATORIO	53
IV. RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DE LOS INSTRUMENTOS	54
BIBLIOGRAFÍA	56

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una de las profesiones más estresantes, por lo que puede provocar diferentes alteraciones en la salud de sus profesionales. Esta puede verse alterada en diferentes dimensiones, desde ligeros trastornos físicos, psíquicos o de relación social; hasta generar una verdadera enfermedad. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

Teniendo en cuenta que las reacciones ante una situación estresante, están determinadas por la misma gravedad del suceso, también se tienen en cuenta los factores propios de la persona y el apoyo social y familiar con el que cuente.

Son muchas las personas que, a pesar de sufrir estrés día a día, nunca llegarán a enfermar. Esto se debe a que desarrollan diferentes recursos adaptativos eficaces para hacer frente a las dificultades que les plantea la vida. Otros no pueden desarrollarlos y enferman de distintas maneras. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

En Latinoamérica, Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga estudiaron la prevalencia del síndrome de estrés en trabajadores sanitarios de Hispanoamérica, la prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestelistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, & Braga, 2007).

La exposición continua al estrés produce daños fisiológicos directos en el sistema circulatorio, provocando mayor susceptibilidad a padecer enfermedades cardíacas, como aumento de la presión arterial y la actividad hormonal, así como disminuir en general el funcionamiento del sistema inmunológico. Mientras que, en el plano psicológico, los niveles elevados de estrés impiden que las personas afronten la vida de manera adecuada; su visión del entorno se enturbia, generando comportamientos perjudiciales para la salud, como un mayor consumo de nicotina, drogas y alcohol; hábitos alimenticios deficientes; y problemas para dormir (Aguilar García, 2020)

Debido a diversas situaciones a las que se enfrentan cotidianamente el personal de enfermería en el ámbito hospitalario, el impacto en su calidad de vida y salud es muy alto, por lo que es importante determinar cuáles estrategias de afrontamiento ante el

estrés son las adecuadas para esta disciplina y evitar así las consecuencias negativas por distrés crónico. (Hernández-Mendoza, Cerezo-Reséndiz, & López-Sandoval, 2007)

En Argentina, según un estudio realizado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) (Superintendencia de riesgos del trabajo, 2020) de acuerdo al análisis sobre exposición a Factores de Riesgo de la Organización del Trabajo, en la actualidad 4 de cada 10 trabajadores están expuestos al menos a un factor de riesgo de la Organización del Trabajo, mientras que 3 de cada 10 están expuestos al menos a un factor de riesgo derivado de la violencia en el ámbito laboral, y casi 2 de cada 10 (1,42%) trabajadores están expuestos a dos tipos de factores de riesgo simultáneamente.

Por otra parte, para la manifestación de síntomas, los hombres expuestos a factores de riesgo de la organización del trabajo, tuvieron mayor riesgo que los no expuestos. Mientras que en las mujeres el riesgo se duplicó cuando se las compara con las no expuestas.

Un rasgo característico del empleo en salud es su composición mayoritariamente femenina, se trata de un servicio histórico, las mujeres representan un 71% de los trabajadores registrados en salud; y un 50% en representación de trabajo estatal contra un 37% en el ámbito privado (Aspiazu, 2017)

Según datos del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, las mujeres representan el 71% de las y los trabajadores registrados de la salud, valor que se encuentra muy por encima del resto de la economía, donde apenas se aproximan al 40% de la fuerza de trabajo. Asimismo, la actividad explica alrededor del 8% del empleo femenino de todo el país, mientras que para los trabajadores varones solo significa el 3% del empleo formal. (Aspiazu, 2017)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que en América Latina solamente son notificadas entre el 1% y el 5% de las enfermedades profesionales, ya que por lo general solo se tienen en cuenta aquellas que causan una incapacidad sujeta a indemnización; otras no son registradas por falta de reconocimiento de su relación con el trabajo (Rangaswamy, y otros, 2020). Esta situación denota la baja calidad de los sistemas de información, así como la limitada visibilidad del problema en muchos países, entre los que se incluyen Argentina. (Spinelli, y otros, 2020)

El propósito de esta investigación es identificar las estrategias de afrontamiento que adopta el personal de enfermería ante situaciones de estrés, para poder trabajar conjuntamente con el equipo interdisciplinario realizando una continua intervención de tipo preventivo; planificando, ejecutando y evaluando un programa de

intervención mediante charlas informativas sobre técnicas de relajación y comunicación asertiva (expresión adecuada de sentimientos). En busca de incorporar herramientas y desarrollando destrezas para afrontar situaciones de tensión y fomentar el autocuidado por parte de los profesionales de salud, así contribuir a lograr evitar riesgos de salud asociados en el personal de enfermería. Que dicho trabajo sea motivador para generar nuevos conocimientos y fijar antecedentes debido a los pocos estudios que se pueden encontrar en este campo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre la edad, género, antigüedad laboral y las estrategias de afrontamiento que utiliza el personal de enfermería de un servicio de guardia de emergencia de dependencia municipal de la ciudad de Rosario en los meses de marzo a julio de 2021?

HIPÓTESIS:

- Los enfermeros de género masculino con mayor antigüedad laboral y edad, implementan más estrategias de afrontamiento que las mujeres de menor edad y de menor antigüedad laboral.
- Los enfermeros/as de mayor edad implementan más estrategias de afrontamiento que las mujeres de menor edad.
- Cuanto mayor es la antigüedad laboral, mayores serán las estrategias de afrontamiento.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre la edad, género, antigüedad laboral y las estrategias de afrontamiento que utiliza el personal de enfermería de un servicio de guardia de emergencia de dependencia municipal de la ciudad de Rosario durante los meses marzo a julio de 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer si el género y la edad producen un aumento en la utilización de estrategias de afrontamiento.
- Identificar si la antigüedad laboral influye en las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería.

- Reconocer las diferencias y similitudes entre las estrategias de afrontamiento que implementa el personal de enfermería según edad, género y antigüedad laboral.

MARCO TEÓRICO

El trabajo ocupa un lugar central en la vida de las personas, pudiendo ser fuente de satisfacción y bienestar en tanto genera recursos, aporta en la determinación de la posición social, otorga sentido de pertenencia e identidad y contribuye a la percepción de la propia imagen. Sin embargo, puede ser fuente de insatisfacción y discomfort, y producir alteraciones de salud tanto físicas como psicológicas. Al respecto, se indica que las nuevas formas de organización del trabajo que vinieron a acompañar la rápida incorporación de nuevas tecnologías son sin duda eficaces para permitir el potencial aumento de la productividad, pero han llevado a un incremento en las tasas de prevalencia de algunos riesgos psicosociales. Expertos en seguridad y salud en el trabajo o salud laboral indican que las alteraciones que pueden afectar la salud psicológica de las personas son conocidas como riesgos psicosociales, los cuales corresponden a las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionada con la organización del trabajo, con el contenido de la tarea e incluso con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo. Dentro de éstos, se pueden mencionar alteraciones como el estrés, el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) o la carga mental de trabajo. (Ceballos Vásquez, Valenzuela Suazo, & Paravic Klijn, 2014)

La emergencia se define como aquella situación que hace peligrar la vida del enfermo y /o función de algún órgano y que requiere de poner en marcha recursos y medios especiales para un tratamiento inmediato para salvar la vida del paciente. Demanda de respuesta especializada inmediata entre unos minutos y horas, y requiere hospitalización. El personal que atiende situaciones de emergencias requiere formación específica. (Soto Pino, Irarrázabal, & Cruz Pedreros, 2015)

La enfermería en emergencias se define como: la provisión de cuidados especializados de Enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida estando enfermos o con lesiones. El estado de salud de dichos pacientes puede ser estable o inestable, sus necesidades complejas y requerir de vigilancia estrecha o cuidados intensivos ; proporcionará cuidados a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo, en el ámbito individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario institucional o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, ética y evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial. Este enfrentará su labor diaria en un punto límite entre la vida y la muerte. Con una simple o compleja maniobra podríamos

preservar la vitalidad humana, evitando mayores riesgos, con lo cual es necesario e indispensable de la profesión, enriquecer los conocimientos mediante la investigación y la capacitación continua. (Muñoz Arteaga & Romero-Nieva Lozano, 2007)

Por ser expertos en dicha área, estos profesionales estarán capacitados para:

- Prestar atención integral a la persona para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinario, los problemas de salud que afecten en cualquier estado de la vida, con criterios de eficiencia y calidad.
- Utilizar una destreza y seguridad de los medios terapéuticos y de apoyo a los diagnósticos médicos que se caracterizan por su tecnología compleja.
- Diagnosticar, tratar de forma eficaz y rápidas las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y / o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
- Participar activamente con el equipo multidisciplinario aportando una visión de experto en el área que le compete.
- Formular, implementar y evaluar, los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la enfermería clínica avanzada de urgencia y emergencias.
- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
- Asesorar como expertos en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad.
- Asumir las competencias en materia de formación de futuros especialistas.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias.

El personal de enfermería competente tiene conocimientos sabe ponerlos en práctica, está dispuesto a hacerlo y obtener en su realización un resultado adecuado, dentro del marco de la ética profesional.

Se reconocen dos tipos de competencias:

- Competencias genéricas o transversales: transferibles a una gran variedad de funciones y tareas. No van unidas a ninguna disciplina, sino que se pueden aplicar a una variedad de áreas de conocimiento y situaciones como la comunicación, la resolución de

problemas, el razonamiento, la capacidad de liderazgo, la motivación, el trabajo en equipo y especialmente la capacidad de aprender, entre otras.

- Competencias específicas (académicas o profesionales): son aquellas específicas de la profesión, especialización y perfil laboral. Describen aspectos de índole técnico vinculado a un cierto lenguaje. Se tratan de competencias profesionales que garantizan cumplir con éxito las responsabilidades del ejercicio profesional.

Según la sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias y en comité científico de la sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias el 2 de julio del 2002 debate y aprueba lo siguiente:

- 1- Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica de enfermería de urgencias y emergencias.

- 2- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias.

- 3- Adoptar actitudes concordantes con el código Deontológico de la enfermería en la toma de decisiones éticas y en su aplicación.

- 4- Realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, en base al marco conceptual de urgencias y emergencias, en base al conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema.

- 5- Realizar los pertinentes planes de atención de enfermería estandarizados para su posterior aplicación mediante planes de atención de enfermería individualizada, basados en los diagnósticos enfermeros formulados y evaluar de forma eficaz y rápidas las respuestas humanas que se generan ante problemas de salud reales y /o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.

- 6- Evaluar y modificar sí, hay pertinencia, los planes de cuidado basándose en las respuestas del paciente, de la consecución de los objetivos y de los resultados medidos. 7- Prestar atención integral a la persona con criterios de eficiencia y calidad, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinario los problemas de salud que le afecten en cualquier estado de vida.

- 8- Someter a triage a los pacientes a los que se prestan cuidados en situaciones de emergencias o catástrofes, y aplicar recepción, acogida y clasificación a quienes se prestan cuidados urgentes en el ámbito hospitalario y de atención primaria.

9- Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico se caracterizan por su tecnología compleja.

10- Establecen una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.

11- Participar activamente con el equipo multidisciplinario aportando su visión de experto en el área que le compete.

12- Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la enfermería en urgencias y emergencias.

13- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.

14- Asesorar como experto en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.

15- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgo y adquieran hábitos de vida saludable.

16- Asesorar el equipo de salud en todos los aspectos relacionados con urgencias y emergencias.

17- Asumir responsabilidades y compromiso en materia de formación de futuros enfermeros. (Soto Pino, Irarrázabal, & Cruz Pedreros, 2015)

La enfermería, por sus características específicas, es una profesión cuyos componentes corren altísimo riesgo de padecer estrés laboral, dadas las características del trabajo y el entorno en el que lo desarrolla, Éste se atribuye a elementos tales como el grado de complejidad de la tarea, la sobrecarga cuantitativa y cualitativa asistencial, los resultados negativos no esperados en la práctica asistencial, la turnicidad, los conflictos en las relaciones personales y profesionales, la falta de reconocimiento profesional real a nivel institucional, así como de la población en general, insuficientes estímulos económicos y profesionales, y otros; se ha observado que el profesional de enfermería es uno de los trabajadores que corren mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el estrés. La razón fundamental es que estos profesionales sanitarios, en gran proporción, realizan su trabajo administrando cuidados directos a personas con sufrimiento físico y psicológico y sobre todo los que trabajan cuidando a enfermos crónicos y terminales. Es por ello que se encuentra con frecuencia al personal de enfermería con pérdida de motivación, descenso del rendimiento, deterioro de la calidad del trato ofrecido, junto al desarrollo de sensaciones de cansancio. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

Una realidad dentro de los diferentes contextos socioeconómicos es la invariable dinámica turbulenta de constantes cambios en la cual el individuo se enfrenta como persona y profesional dentro y fuera de los centros laborales, exigiendo una constante preparación y adaptación de las personas con motivo de lograr un mejor desempeño en las diferentes áreas de su vida, incluyendo la laboral. El estrés ha pasado a formar parte de nuestra vida cotidiana, comúnmente se le ha asociado a inestables estados de cansancio, o de agotamiento físico y mental, de situaciones de tensión que en el trabajo cotidianamente enfrentan los individuos y grupos enteros; esto lo hace aparecer como un comodín, con motivo de reflejar una situación indeseable que el individuo deja ver en el crónico estado de nerviosismo y de ansiedad (Verdusco, Hernández, & Mercado Ibarra, 2018).

En condiciones de equilibrio el organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño y vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está asociada a emociones (ira, tristeza, alegría, etc.). Según Sandín el estrés se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno. El organismo, en estas circunstancias, reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión (presión). Esto suele suponer, además, un incremento de la activación o inhibición y, por tanto, un cambio en los estados emocionales. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a la que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades, por el otro (Griffiths, Leka, & Cox, 2020)

El estrés es un fenómeno que ha acompañado a la humanidad desde sus orígenes de tal forma que personajes como Hipócrates hacía referencia a este cuando hablaba de adversidad, aflicción, experiencias negativas y sufrimiento, debido a que éstas son experiencias dónde se presenta un acumulo de energía, sin embargo, la conceptualización del mismo a la fecha se presenta compleja debido a la naturaleza multifactorial del constructor. (Verdusco, Hernández, & Mercado Ibarra, 2018)

El estrés se estudia desde tres perspectivas fundamentales:

1. La tradición ambiental, que se orienta hacia la valoración de los acontecimientos externos que confrontan al ser humano con nuevos requerimientos de trabajo adaptativo;
2. La tradición psicológica, que se centra en las evaluaciones subjetivas de las demandas y de los recursos disponibles para afrontarlas;
3. La tradición biológica, que estudia la activación de los diferentes sistemas biológicos, como consecuencia del esfuerzo adaptativo.

En biología, el término estrés fue introducido por Walter Cannon en 1911 para designar a todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Se trata de la evaluación rápida de una amenaza, resultante del significado atribuido a cada situación por un individuo particular.

Hans Selye usó desde 1936 el mismo término para designar la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos y la denominó Síndrome General de Adaptación. Describió tres etapas: alarma, adaptación y agotamiento. En esta última se produce una pérdida de recursos adaptativos y se acompaña de un grupo típico de síntomas de ansiedad (mala calidad del sueño, fatiga progresiva, dolores vagos, hipertensión arterial, mareos, etcétera). Pero el estrés no es habitualmente un fenómeno negativo, ya que media en la adaptación de la mayor parte de las personas a su medio y en el logro de muchas transformaciones y logros sociales. El estrés negativo enferma, pero el adecuado control del estrés produce salud, a través de aumentar la maestría personal (o autoeficacia) por el aprendizaje y el desarrollo de nuevas habilidades.

El estrés bueno se asocia a un comportamiento adaptativo orientado al conocimiento y mejora de la realidad, mientras que el estrés malo se asocia a un comportamiento desadaptativo, como conductas de riesgo y/o de escape de la realidad. Este último tipo de estrés es el que primero describió Selye y ha estigmatizado el término estrés, que en realidad se asocia más a la vida que a la enfermedad.

Ante la vivencia de una amenaza, el organismo responde mediante unas reacciones generales inespecíficas que representan el estado de estrés y a través de unos mecanismos específicos (por ejemplo, de tipo inmunológico y hemodinámico). Cuando la activación es demasiado intensa o prolongada y se superan ciertos márgenes en los dispositivos autorreguladores existentes, se producen enfermedades, bien sea por el esfuerzo adaptativo o bien por el fracaso o insuficiencia de dichos mecanismos de adaptación.

Todos los individuos disponen de unos limitados recursos de afrontamiento, que, si son desbordados por el esfuerzo requerido, conducen a la aparición de síntomas y signos característicos del estrés.

Selye destacó el costo del proceso adaptativo al referirse a los efectos negativos de la confrontación con el estresor, que también se pueden llamar efectos secundarios, indirectos o residuales (strain); si bien, estos dependen tanto de la exposición al estresor como de la eficiencia de los mecanismos de afrontamiento desarrollados. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

Mason (1968) demostró que la gran sensibilidad que posee el sistema neuroendocrino para responder a los estímulos emocionales permite sugerir que, en lugar de una respuesta inespecífica a las distintas amenazas, lo que existe es una respuesta específica para todos los estímulos emocionales.

Otra línea de evidencia aportada en favor de la importancia de los factores psicológicos es el trabajo de Weiss (1971) indica que la respuesta de estrés depende del control (o percepción de control) que el sujeto tiene sobre el estresor, más que de las características físicas de éste. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

Selye, identificó la respuesta del estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas, fundamentalmente hormonales; concretamente, definió la respuesta del estrés entérminos de activación del eje hipotálamo-hipófiso-corticosuprarrenal, con elevación de la secreción de corticoides (cortisol, etc.), y del eje simpático-módulo-suprarrenal, como reacción a estímulos inespecíficos (estresores). Si se mantiene esta activación, se produce el síndrome del estrés, el cual se caracteriza por hiperplasia de la corteza suprarrenal, involución del timo y aparición de úlceras de estómago. Mientras que el estrés consiste en la suma de los cambios inespecíficos que tienen lugar en todo momento en el organismo, el síndrome general de adaptación (expresión del estrés a través del tiempo) se refiere a todos los cambios inespecíficos que se desarrollan a través del tiempo durante una exposición continua a un alarmígeno. Este modelo, que ha sufrido algunas variaciones con el paso del tiempo, tiene una orientación médico-biológica y se basa en el concepto de homeostasis, término utilizado inicialmente por Cannon (1932) para explicar el proceso de adaptación fisiológica del organismo a través del mantenimiento de equilibrio interno. El proceso de la homeostasis se refiere al mantenimiento de una condición relativamente constante en el organismo. Así, por ejemplo, cuando se enfría el cuerpo éste produce calor, cuando el cuerpo está amenazado por bacterias se producen anticuerpos para luchar contra éstas y cuando

existe algún peligro externo (porejemplo, la presencia de un depredador) el organismo se prepara para llevar a cabo una respuesta de lucha o huida. Este patrón de respuesta implica principalmente al sistema nervioso autónomo (activación del simpático e inhibición del parasimpático) y al sistema neuroendocrino. Los cambios en estos sistemas preparan al organismo para la acción a través de los diversos cambios fisiológicos y bioquímicos que generan (liberación de glucosa, incremento de las tasas cardíaca y respiratoria, incremento del estado de alerta, liberación de ácidos grasos, etc.). En realidad, lo que hizo Cannon al describir la respuesta de “lucha-huida” fue definir un patrón de respuesta fisiológica evocada por una situación de estrés. En este sentido, cabría afirmar que la mayor parte de las amenazas que sufren las sociedades modernas son de tipo simbólico más que físicas, y generalmente no suelen conducir a una reacción de tipo físico. Hoy el organismo humano debe responder a múltiples amenazas de tipo social (por ejemplo, laborales). Sin embargo, en términos sociales el organismo humano se ha quedado sin recursos para la acción; esta incapacidad para responder de forma exteriorizada deja al cuerpo fisiológicamente preparado para la acción que nunca llega, un estado de preparación que, al mantenerse en el tiempo, puede dañar seriamente al organismo. Diversos estudios han demostrado que la incapacidad del organismo humano para controlar los estresores sociales y psicológicos puede llevar al desarrollo de alteraciones cardiovasculares, hipertensión, úlcera péptica, dolores musculares, asma, jaquecas, pérdida de la calidad de vida, depresión y otros problemas de salud, así como también al incremento de las conductas de enfermedad. (Sandín, 2002)

Según la teoría de Selye cuando esta sintomatología persiste se produce un síndrome estereotipado, caracterizado primariamente por hiperplasia suprarrenal, atrofia en el timo y ganglios linfáticos, y signos de úlcera de estómago, junto con otros cambios orgánicos que se producen paralelamente. El desarrollo completo del síndrome incluye las tres etapas siguientes:

1. Reacción de alarma. Reacción del organismo cuando es expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no está adaptado. Se sugiere el término «reacción de alarma» para la respuesta inicial del organismo porque el síndrome probablemente representa una llamada general a las fuerzas defensivas del organismo. Esta etapa tiene dos fases, choque y contrachoque. La fase de choque constituye la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. Son síntomas típicos de esta fase la taquicardia, la pérdida del tono muscular y la disminución de la temperatura y la presión sanguínea. La descarga de adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides son reacciones

primarias de defensa que empiezan durante esta fase, pero que se hacen más evidentes en la siguiente fase. La fase de contrachoque es una reacción de rebote (defensa contra el choque) caracterizada por la movilización de una fase defensiva, durante la cual se produce agrandamiento de la corteza suprarrenal con signos de hiperactividad (incremento de corticoides), involución rápida del sistema timo-linfático y, en general, signos opuestos a los de la fase de choque, es decir, hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc. Muchas de las enfermedades asociadas a estrés agudo corresponden a estas dos fases de la reacción de alarma.

2. Etapa de resistencia. Ningún organismo puede mantenerse constantemente en un estado de alarma. Si el agente es incompatible con la vida y se mantiene, el animal muere durante la reacción de alarma en pocas horas o días. Si el animal puede sobrevivir, la fase inicial de alarma es necesariamente seguida por la «fase de resistencia». En esta etapa se produce adaptación del organismo al estresor junto con la consecuente mejora y desaparición de los síntomas. Se caracteriza por una resistencia aumentada al agente nocivo particular y por una menor resistencia a otros estímulos. Así pues, se obtiene la impresión de que se adquiere la adaptación a un agente a costa de la menor resistencia a otros agentes. La mayoría de los cambios morfológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma desaparecen durante este período y en algunos casos se invierten. Por ejemplo, mientras que en la reacción de alarma se observan, en general, fenómenos catabólicos, durante la fase de resistencia se evidencian signos de anabolismo.

3. Etapa de agotamiento. Si el organismo continúa expuesto al estresor prolongadamente pierde la adaptación adquirida en la fase anterior entrando en la tercera fase o de agotamiento. El agotamiento llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado. Reaparecen los síntomas característicos de la reacción de alarma y puede significar la muerte del organismo. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

Por otra parte, existen diferentes tipos de estrés, que se clasifican en función de la duración: Estrés agudo, agudo episódico y crónico. El estrés agudo es la forma de estrés más común este surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo episódico es cuando se padece estrés agudo con mucha frecuencia. La gente afectada asume muchas responsabilidades y no puede organizar la cantidad de exigencias ni presiones; por lo tanto, reacciona de forma descontrolada, muy emocional, y suele estar irritable, y sentirse incapaz de organizar su vida.

El estrés crónico es un estado constante de alarma surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables que en algunos casos también pueden provenir de experiencias traumáticas de la niñez que se mantienen presentes constantemente. El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan que está allí e incluso las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar. (Ávila, 2014)

Existen dos tipos de estrés laboral: el episódico (un despido, por ejemplo) y el crónico, que se puede presentar cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones:

1) Ambiente laboral inadecuado: Son los llamados estresores del ambiente físico:

- Falta de luz o luz muy brillante;
- Ruido excesivo o intermitente;
- Vibraciones;
- Aire contaminado;
- Alta o baja temperatura;

Estos factores requieren una doble adaptación, tanto física como psicológica.

2) Sobrecarga de trabajo: Es el estrés por sobreestimulación. Se presenta por exigencias psico sensoriales violentas, simultáneas, numerosas, persistentes y variables. Exigen una adaptación fuera del límite normal. Es frecuente que se presente en:

- Controladores aéreos;
- Obreros en cadena rápida y compleja;
- Trabajadores sometidos a cambios continuos y abundancia de información;
- Víctimas de catástrofes;
- Emigrados;
- Ingresadores de información a sistemas de computación.

El estrés por sobreestimulación genera tensión nerviosa, fatiga, irritabilidad, crisis de decisión, ansiedad, confusión, embotamiento, desconcentración.

3) Alteración de ritmos biológicos: Es el estrés que se produce al alterar las constantes biológicas determinadas por el ritmo circadiano determinado a su vez por las secreciones hormonales, los ciclos del sueño y el ritmo metabólico. Requiere un alto esfuerzo adaptativo, generando irritabilidad, disminución de la concentración, trastornos

del sueño, fatiga, ansiedad, además de provocar modificaciones en la vida social, conyugal y sexual. Se presenta en:

- Trabajadores nocturnos;
- Pilotos de líneas aéreas y azafatas;
- Controladores aéreos;
- Personalidad de sanidad;
- Personal de seguridad;
- Trabajadores del transporte;
- Diplomáticos;
- Atletas profesionales.

4) Responsabilidades y decisiones muy importantes: Es el estrés del personal jerárquico o con grados de responsabilidad. Se debe a:

- Responsabilidades numerosas y variables;
- Trabajo intelectual excesivo;
- Tensión psicológica continua;
- Inseguridad laboral;
- Competencia;
- Búsqueda de la eficacia;
- Marcha contra reloj;
- Adaptación a situaciones nuevas y datos inestables.

Es frecuente que quienes lo padecen acumulen factores de riesgo e inadecuación familiar y social por falta de tiempo y agotamiento físico. Este tipo de estrés genera agotamiento, fatiga, manifestaciones psicosomáticas, trastornos del sueño, disminución del deseo sexual, impaciencia, pérdida de la iniciativa, dificultad en la toma de decisiones, adicciones.

5) Estimulación lenta y monótona: Es el estrés por subestimulación. Se produce por la falta de estímulo normal y fisiológico de los sentidos y del pensamiento. Se presenta, por ejemplo, en el trabajo rutinario y automatizado que no permite la creatividad y el pensamiento independiente, en casos como los siguientes:

- Cadena de trabajo lenta y monótona;
- Jubilación brusca;
- Vacaciones excesivamente tranquilas.

Genera distracción, falta de atención y aumento de los accidentes de trabajo.

6) Condiciones laborales inadecuadas: Nos referimos aquí a las causas de estrés en los obreros no calificados, que comprenden:

- Malas condiciones de trabajo;
- Salarios bajos;
- Alimentación inadecuada e insuficiente;
- Ausencia de perspectivas de progreso;
- Pocas posibilidades de recreación;
- Inestabilidad laboral por renovación tecnológica;
- Disposición de las líneas de montaje. (Slipak, 1996)

En cuanto a los modelos existentes sobre la génesis del estrés, podemos destacar los

- El modelo del estrés como estímulo; según el cual el estrés se produce ante cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria exige que el individuo realice conductas de ajuste para afrontar la situación porque su bienestar se encuentra amenazado por las contingencias ambientales.

- El modelo de estrés como respuesta; que entiende el estrés como una respuesta automática del organismo ante cualquier cambio ambiental (externo o interno) mediante el cual se le prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación; en el momento en que dicha situación sea resuelta el propio organismo volverá al estado previo de equilibrio.

- El modelo interaccional; que contempla que el estrés es fruto de la respuesta de la persona ante una situación y de la situación en sí misma.

El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. (Griffiths, Leka, & Cox, 2020)

Se consideran elementos estresantes la falta de desarrollo y crecimiento profesional dentro del equipo de trabajo, a causa de la escasa autonomía y participación en la toma de decisiones, las dificultades de comunicación entre los miembros equipo asistencial o con otros servicios relacionados con la actividad asistencial, deficientes relaciones funcionales, el vivir en un entorno de presión amenazante (evaluación de la actividad, los familiares, compañeros, otros estamentos, etc.), un trabajo rutinario y con diferentes líneas de autoridad, las situaciones de incertidumbre por falta de información, las órdenes de trabajo verbales, el incremento burocrático, un estilo de mando (supervisión) amenazante, el cambio continuo de unidad asistencial y equipo de trabajo

(corretorno), el escaso o nulo reconocimiento, agresiones verbales, etc. También unas deficientes condiciones ambientales de trabajo aumentan el riesgo de estrés, tales como insuficiente espacio, ruidos, luz deficiente, calor, ventilación, frío, peligrosidad, riesgos físicos, inadecuado material, déficit de material de seguridad, gases volátiles y contaminantes, exposición a radiaciones, vibraciones, deficientes condiciones ergonómicas, aspectos arquitectónicos, etc. Por último, un alterado clima laboral puede ser un factor estresante sobre todo si existen problemas con superiores, compañeros o subordinados y una falta de soporte del equipo de trabajo. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

Un punto de vista promueve que las diferencias individuales del trabajador, tales como personalidad, edad, educación, experiencia y estilos de enfrentamiento, son las variables más importantes para predecir si determinadas características del trabajo podrían resultar en estrés. Estas diferencias individuales requieren de estrategias complementarias de prevención que se enfocan en el individuo y promuevan formas de enfrentamiento ante las condiciones de trabajo demandantes. (Houtman, Jettinghof, & Cedillo, 2020)

Al observar la incidencia de las enfermedades derivadas del estrés, es evidente la asociación entre algunas profesiones en particular y el grado de estrés que en forma genérica presentan grupos de trabajadores de determinado gremio u ocupación con características laborales comunes; entre ellos se señalan: trabajo apresurado, peligro constante, riesgo vital, confinamiento (médicos y enfermeras), alta responsabilidad y riesgo económico.

El impacto de situaciones estresantes sobre el bienestar físico y mental del individuo puede ser substancial o extremo como es el caso del suicidio o arritmias cardíacas. Los cambios conductuales que pueden presentarse por el aumento de los niveles de estrés abarcan estados de nerviosismo, decaimiento corporal, tensión física y problemas cardíacos. (Mamani Encalada, Obando Zegarra, Uribe Malca, & Vivanco Tello, 2007)

Los trastornos relacionados con el desgaste ocupacional de los profesionales sanitarios pueden llegar a deteriorar la eficacia de las organizaciones sanitarias y generar malestar social. Por ello se hace necesario proveer de recursos económicos, no solo para infraestructuras tecnológicas e instrumentales, sino también para mejorar la competencia psicosocial de los profesionales, dotar de los recursos humanos y materiales adecuados para controlar las conductas inadecuadas del rol sanitario profesional, como son la

despersonalización de la relaciones con el usuario y una práctica desmotivada, con la consiguiente pérdida de calidad asistencial e insatisfacción de los implicados en las relaciones asistenciales. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

La acumulación del estrés puede vulnerar el equilibrio físico y psicológico de las personas, obligándolas a realizar esfuerzos cognitivos y conductuales para enfrentar las demandas que evalúan como desbordantes de sus recursos (Lazarus & Folkman, 1986)

Un nivel alto de estrés puede ser producido al presentarse un nivel de exigencia alto sin tener los recursos adecuados para realizar dicha tarea, sean estos de tiempo, infraestructura, económicos o personales, ocasionando no solo problemas de salud a la persona, sino provocando una baja productividad al igual que lo hace el estrés bajo, solo que en el nivel alto el daño a la salud es mucho mayor (Arciniega Arce, 2012)

El personal de salud, que labora en los servicios de emergencia, está expuesto a un alto grado de estrés por la gran responsabilidad del trabajo que desempeña, interrupción frecuente en la realización de la tarea, recibir de manera constante críticas de otras personas, como médicos, supervisoras, familiares de los pacientes y el paciente mismo. Se observa además falta de comunicación con los compañeros del trabajo sobre problemas del servicio y compartir experiencias y sentimientos positivos o negativos hacia los pacientes; ausencia del personal médico en situaciones de urgencia como paro cardiorrespiratorio o empeoramiento de la situación clínica del paciente, que suele manifestarse a través de una respuesta emocional en forma de risa, llanto, irritabilidad, ansiedad, culpabilidad, depresión, fatiga y agotamiento, que vienen al encuentro de los referidos por otros estudios.

Quick y Quick establecen dos tipos de consecuencias de estrés: la directa e indirecta; en la primera se encuentra ausentismo laboral, tardanzas y retraso en el trabajo, rotación de personal, poca membresía y participación; la segunda, se relaciona con la ejecución del trabajo y los aspectos organizacionales como: cantidad y calidad de la productividad, accidentes, maquinarias averiadas y demoras en su reparación y sobreutilización de la iniciativa y la creatividad. Los episodios de estrés que duran poco o son infrecuentes representan poco riesgo, pero cuando las situaciones estresantes continúan no resueltas, se queda el organismo en un estado constante de activación, lo que aumenta la tasa del desgaste a los sistemas biológicos. En última instancia, el resultado es la fatiga o el daño y la habilidad del cuerpo de arreglarse, defenderse puede verse comprometida seriamente. Por otra parte, el trabajo en un ambiente hospitalario tiene características peculiares que lo vinculan necesariamente con experiencias

laborales estresantes. La necesidad de atención urgente de la población, planteada como consecuencia de alteraciones imprevistas graves, ocupa un espacio importante en la ardua labor de toda organización hospitalaria. La actividad es siempre cambiante y la tardanza puede significar la pérdida de una vida. Esta situación de ausencia de control se refiere a la escasa influencia que tiene el trabajador sobre la planificación de su trabajo y está íntimamente vinculada con la experiencia del estrés. (Mamani Encalada, Obando Zegarra, Uribe Malca, & Vivanco Tello, 2007)

Los estresores en enfermería son todas aquellas situaciones estresantes relacionadas con el trabajo de enfermería, capaces de generar alteraciones físicas, emocionales y sociales. Diversos autores se han interesado en identificar los estresores relacionados con este colectivo. Reig A. y Caruana, con base en una serie de investigaciones identificaron un grupo de estresores laborales específicos del desarrollo cotidiano de la profesión de enfermería, éstos son:

a) Contacto con el dolor y la muerte: los profesionales de enfermería en general se suelen mostrar satisfechos con la atención a los pacientes, que es la parte esencial de la profesión. Sin embargo, la gran responsabilidad sobre la vida, la salud y el cuidado de otras personas, junto con el trato diario con los pacientes, son factores determinantes de la presencia de estrés y sus consecuencias.

b) Conflictos con pacientes y sus familiares: con la implementación de la Ley 100 se ha ido construyendo una cultura de seguridad social, donde la salud es vista como un servicio público y un derecho irrenunciable de todos los habitantes del país; por tanto, cada vez el profesional de enfermería se enfrenta a un usuario más informado, con mayor conciencia de sus derechos como ciudadano, más exigente y dispuesto a demandar legalmente. Esto genera temores y conflictos que son causantes de desgaste profesional en enfermería.

c) Conflictos con los superiores: la falta de apoyo de los superiores ha sido identificada como un estresor que tiene gran implicación en la salud de los profesionales de enfermería.

d) Situaciones urgentes y graves: la enfermera debe tomar en muchas ocasiones decisiones rápidas que pueden comprometer el bienestar del paciente, generando elevados niveles de estrés; situaciones que se vivencian especialmente en la UCI, donde las decisiones a menudo son irreversibles y comprometen la vida del paciente.

e) Carencias: la insatisfacción con el trabajo es una situación que se presenta a menudo en los profesionales de enfermería (15,8%). La relación entre el estrés

ocupacional y la insatisfacción laboral son dos conceptos estudiados frecuentemente y relacionados de manera positiva, es decir, a mayor estrés mayor insatisfacción y a menor estrés mayor satisfacción. Igualmente, se ha encontrado la insatisfacción laboral como un factor relacionado con la salud de los profesionales de enfermería.

f) Estrés emocional: el cuidado del paciente crítico hace sentir al trabajador “desarmado” y lo lleva a adoptar conductas de huida y evitación, ya que la naturaleza de la enfermedad de sus pacientes le hace enfrentarse, en ocasiones, con el “fracaso terapéutico” o con un mal pronóstico y, a la vez, lo sensibiliza ante la muerte. En las enfermeras son frecuentes los sentimientos de impotencia, soledad y frustración ante el hecho de que incluso unos buenos cuidados no aseguran una muerte digna.

g) Sobrecarga laboral: la sobrecarga en el trabajo ha sido identificada como una de las principales causas de estrés en las enfermeras, éstas perciben que su trabajo es físicamente agotador y que los turnos rotatorios les generan mayor estrés. La jornada de trabajo excesiva produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes. El trabajo nocturno y por turnos produce alteraciones en las constantes biológicas determinadas por el ritmo circadiano, establecido a su vez por las secreciones hormonales, los ciclos del sueño y el ritmo metabólico. Requiere un alto esfuerzo adaptativo, generando irritabilidad, disminución de la concentración, trastornos del sueño, fatiga, ansiedad, además de provocar modificaciones en la vida social, conyugal y sexual. Los profesionales de enfermería que laboran en el turno nocturno presentan alteraciones digestivas. La sobrecarga de trabajo, tanto en los aspectos difíciles de la tarea como en la cantidad, tiene una relación directa entre horas de trabajo y muerte causada por enfermedad coronaria. La sobrecarga de trabajo también está relacionada significativamente con una serie de síntomas de estrés: consumo de alcohol, absentismo laboral, baja motivación en el trabajo, baja autoestima, tensión en el trabajo, percepción de amenaza, desconcierto, alto nivel de colesterol, incremento de la tasa cardiaca y aumento de consumo de cigarrillos. (Zambrano Plata, 2020)

Cuando el estrés laboral es crónico se desarrolla el síndrome de Burnout, que es un proceso que se desarrolla por la interacción de características personales del trabajador y de su entorno laboral que ocurre como una respuesta al estrés crónico, cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto.

Con este planteamiento se comprende por qué no todos los profesionales se estresan de la misma manera ante los mismos estímulos.

Este síndrome es considerado como un problema social y de salud pública por afectar la calidad de vida del profesional de la salud y la calidad asistencial, generando aumento de costos económicos y sociales. (Mamani Encalada, Obando Zegarra, Uribe Malca, & Vivanco Tello, 2007)

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en el contexto sociocultural. Así, las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste de los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de problemáticas para la salud, como el burnout, cuya prevalencia se ha constituido en un problema social y de salud pública. En 1974, Freudenberg acuña el término burnout, que se traduce al español como estar quemado. Sin embargo, Gil Monte indica que la forma más correcta de traducir el término es síndrome de quemarse por el trabajo, versión que ayuda a la comprensión del fenómeno al llamarlo síndrome, ya que da cuenta del conjunto de síntomas que lo integra. Además, esta denominación permite desviar el foco de atención hacia el trabajo, puesto que se evita la estigmatización del trabajador, ya que las personas que padecen de este síndrome tienen mermada la capacidad de controlar situaciones, especialmente las negativas. El síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce especialmente en las profesiones que se centran en la prestación de servicios. El objetivo de estos profesionales es cuidar de los intereses o satisfacer necesidades de los/as usuarios/as y se caracterizan por tener en el trabajo contacto directo con personas. (Ceballos Vásquez, Valenzuela Suazo, & Paravic Klijn, 2014)

Vega, Pérez Urdániz y Fernández Cantí han utilizado la expresión Síndrome de Desgaste Profesional (S.D.P.), es la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas demandas laborales excesivas, para unos limitados recursos de afrontamiento disponibles. Estas limitaciones pueden derivar de la insuficiencia de personal, de que esté mal organizado, de otros factores organizacionales y de actitudes individuales disfuncionales con un inadecuado cumplimiento del rol profesional. En cualquier caso, se trata de un grave y creciente problema de salud pública que afecta a gran número de profesionales sanitarios, (entre el 10 y el 20% de los mismos), y que puede llegar a comprometer seriamente la eficiencia del sistema nacional de salud pública, en síntesis, el S.D.P. se caracteriza por cinco factores comunes a todas las definiciones presentadas. A saber:

1. Conducta anormal del rol profesional con despersonalización en la relación y mala comunicación con el enfermo, absentismo, y conflictos de relación con los compañeros de trabajo.

2. Síntomas disfóricos, sobre todo de malestar y agotamiento emocional.

3. Síntomas físicos de estrés, como cansancio, cefaleas y palpitaciones, asociados al afrontamiento disfuncional de las demandas del rol laboral.

4. Disminución del rendimiento laboral por desmotivación y pérdida de interés por el trabajo.

5. La inadecuada adaptación al trabajo produce vivencias de baja realización y pérdida de autoestima personal. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

El afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus & Folkman, 1986)

La teoría de Lazarus distingue tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna. Es el primer mediador psicológico del estrés y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:

1. Amenaza. Anticipación de un daño que, aunque aún no se ha producido, su ocurrencia parece inminente.

2. Daño-pérdida. Se refiere a un daño psicológico que ya se ha producido (por ejemplo, una pérdida irreparable).

3. Desafío. Hace referencia a la valoración de una situación que implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza. Resulta de demandas difíciles, ante las que el sujeto se siente seguro de superarlas siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos de afrontamiento.

4. Beneficio. Este tipo de valoración no induciría reacciones de estrés. Un aspecto importante que se infiere de la teoría de Lazarus es que, a partir de las tres primeras formas de evaluación, se pueden deducir tres tipos de estrés (de amenaza, pérdida y desafío).

Los dos tipos restantes de evaluación ocurren temporalmente después de la primaria. La evaluación secundaria se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Se sugiere que la reacción del estrés depende sustancialmente de

la forma en que el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

Se distinguen así dos grandes categorías de estrategias de afrontamiento: basados en la resolución del problema objetivo, el desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales, planear alternativas de solución, búsqueda de información, formular un plan de acción, etc.; dirigidos a la propia emoción del sujeto, relacionado a evitar o distanciarse del problema, el auto-reproche o la re-exaltación de los aspectos positivos, con el fin de modificar el modo en que el sujeto vive la situación estresante aún en aquellos casos en los que no pueda hacer nada para modificarla (Lazarus & Folkman, 1986)

El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud. El afrontamiento del estrés, sin embargo, no constituye un concepto unitario, pues, son diversas las acepciones que se han presentado en la literatura científica. Uno de los significados del afrontamiento que ha adquirido mayor desarrollo en los últimos años tiene que ver con el concepto del estrés como proceso. Partiendo de esta concepción del estrés, el afrontamiento es definido como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales dirigidos a «manejar» las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona. (Sandín & Chorot, Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar, 2003)

Seguendo a Lazarus, la consideración del afrontamiento como un proceso implica asumir los siguientes principios:

1. El término de afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz. El afrontamiento, por tanto, debe separarse de los resultados (puede ser adaptativo o no). No existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos; ello depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de encuentro (relación entre la persona y el estresor), etc.

2. El afrontamiento depende del contexto. Se trata de una aproximación orientada contextualmente más que como una disposición estable. El proceso de afrontamiento empleado para diferentes amenazas, producido por alguna fuente generadora de estrés psicológico, varía en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.

3. Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes.

4. La teoría del afrontamiento como proceso enfatiza que al menos existen dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción. La función del afrontamiento focalizado en el problema es cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo; se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés. La función del afrontamiento focalizado en la emoción es cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés; se trata de regular la respuesta emocional del estrés; cambiar, el significado relacional de lo que está ocurriendo es un modo muy poderoso para reducir el estrés y la emoción. Ambas formas de afrontamiento pueden en la práctica facilitarse mutuamente; por ejemplo, la reducción previa de estados emocionales como la ansiedad o ira suele facilitar las actividades de solución de problemas (facilita el afrontamiento focalizado en el problema); y viceversa, un afrontamiento focalizado en el problema puede llevar a la reducción de la respuesta emocional. Sin embargo, también pueden interferirse; por ejemplo, minimizando la relevancia de un suceso (focalización emocional) Puede inhibir las actividades dirigidas al afrontamiento problema. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

En este sentido se pueden definir dos divisiones, la primera está relacionada a los estilos activos, los cuales implican una confrontación con el motivo de modificar aquello que causa malestar, y los estilos pasivos o centrados en la emoción, relacionados con un cambio en el significado por parte del sujeto, ya que se trata de regular las emociones que se manifiestan ante el evento. La elección de algunos de estos estilos varía en cada persona y depende de variables como el contexto y situación, contenido emocional, cultural, magnitud de la demanda, diferencias individuales, recursos con los que el individuo cuente y la personalidad. (Verdusco, Hernández, & Mercado Ibarra, 2018)

El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. Si la valoración dice que puede hacerse algo (que la condición estresante puede ser controlable por la acción), predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración dice que no puede hacerse nada, entonces predomina el afrontamiento focalizado en la emoción. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

En esta conceptualización del afrontamiento liderada por el grupo de Lazarus se asume que el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas. Si bien la consideración del afrontamiento como proceso

implica asumir la dependencia contextual, el propio Lazarus ha definido que las estrategias de afrontamiento pueden ser estables a través de diferentes situaciones estresantes.

Desde este marco teórico del afrontamiento se crea el *Watts of Coping Questionnaire* (WCQ), un cuestionario autoinforme pionero que permite obtener información sobre las estrategias de Afrontamiento que emplean los individuos cuando estos se la tienen que ver con el estrés, las siguientes dimensiones del WCQ son: (1) confrontación, (2) distanciamiento, (3) autocontrol, (4) búsqueda de apoyo social, (5) aceptación de la responsabilidad, (6) escape – evitación, (7) planificación de soluciones de problemas, y (8) re-evaluación positiva.

Bajo este marco conceptual, Sandín y Chorot (Sandín & Chorot, Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar, 2003) refieren al afrontamiento como un “rasgo” o disposiciones personales desplegadas a través de estilos de afrontamiento al estrés a los cuales las personas tenderán a recurrir ante la interacción entre su percepción de una situación y la situación en sí misma. Tales estilos son los siguientes: Focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión.

Existen dimensiones que corresponden al afrontamiento focalizado en el problema (focalizado en la solución del problema y expresión emocional abierta).

Otras son del tipo focalizado en la emoción (evitación, autofocalización, reevaluación positiva y religión). La restante dimensión, esto es, búsqueda de apoyo social, posee componentes de ambos tipos de focalización (problema y emoción), por lo que puede ser considerada como una modalidad de afrontamiento intermedio. Estas dimensiones son:

- Búsqueda de apoyo social: son los esfuerzos por buscar ayuda, orientaciones y consejos de otras personas.
- Expresión emocional abierta: es una estrategia usada para expresar emociones de forma abierta, para neutralizar la o aliviar tensiones mediante la utilización de actos hostiles tales como irritarse, agredir a alguien, descargar el mal humor, luchar, desahogarse emocionalmente.
- Religión: se recurre al campo de lo espiritual para afrontar las situaciones estresantes. Estas incluyen ir a la iglesia, solicitar ayuda de carácter religioso, confiar en Dios para que se solucione el problema, poner velas o rezar.

- Focalizada en la solución de problema: es el análisis de cuáles pueden ser las causas del problema, el seguimiento de una serie de pasos, el establecimiento de un plan de acción para hacer frente a la situación estresante, abarca el análisis de las posibles causas del problema, pasos a seguir, establecimiento de un plan de acción, recopilación de la información, puesta en marcha de las soluciones específicas y la reflexión acerca de todos los pasos a seguir.

- Evitación: se trata de huir o escapar de la situación estresante, hace referencia a la distracción del sujeto para evitar pensar en el problema puede ser como practicar algún deporte, salir a la calle, volcarse en el trabajo para olvidar.

- Autofocalización negativa: es aquella estrategia caracterizada por sentir que es incapaz de solucionar el problema, convencerse de sus aspectos negativos, pensar que resulta innecesario hacer algo porque todo irá mal de todos modos, resignarse y asumir la propia incapacidad para resolver el problema.

- Reevaluación positiva: consiste ver el lado positivo frente a la adversidad, relativizar el problema, pensar que podía haber sido peor, asumir que se puede sacar algo bueno de todo esto y que hay cosas más importantes que el problema.(Martínez Ramón, 2015)

El manejo debe medirse aislado de sus resultados, de forma que la efectividad de cada estrategia de manejo pueda ser apropiadamente evaluada. La eficacia depende del tipo de persona, el tipo de amenaza, el escenario del encuentro estresante y la modalidad del resultado.

En cualquier encuentro estresante, en general, las personas usan casi todas las estrategias disponibles de manejo, es decir, más de siete de ocho tipos factorialmente identificadas (Folkman & Lazarus, 1980), aunque determinados individuos puedan preferir ciertas estrategias particulares. Una explicación de esto es que los encuentros estresantes son complejos y se requiere tiempo para que las personas bajo ciertas condiciones de estrés examinen estrategias alternativas de manejo. En efecto, se producen ciertas pruebas de ensayo y error en la selección de los pensamientos y acciones de manejo, dependiendo de lo que parezca ser más útil en ese momento. Otra razón es que cada encuentro estresante complejo contiene numerosas facetas psicológicas, como el objetivo que está en peligro o la amenaza a dicho objetivo y cada una de las estrategias de manejo puede estar vinculada de diversas formas a las facetas particulares. (Lazarus R. , 2000)

Existe un gran número de factores de riesgo que pueden causar estrés; entre ellos se identifican a los relacionados con el contenido de trabajo, el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad de rol, los contactos sociales y el clima de la organización, el contacto con pacientes, la carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una cualificación profesional, los horarios irregulares, la violencia hacia el profesional, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo, no tener oportunidad de exponer la quejas e inseguridad en el empleo. (Mamani Encalada, Obando Zegarra, Uribe Malca, & Vivanco Tello, 2007)

Algunos investigadores afirman que los efectos del estrés están relacionados con la edad del individuo. Se sugiere que cada edad tiene sus propios estresores y que existe relación lineal positiva entre la edad y el estrés laboral. Es decir, a mayor edad, mayor es el nivel de estrés. Sin embargo, otros argumentos indican que existe una relación curvilínea, en la que se demuestra que los grupos de mayor estrés están entre los trabajadores más jóvenes y los de mayor edad. También se señala una relación inversa entre trabajadores más jóvenes y mayores niveles de estrés (Gabel-Shemueli, Peralta Rondan, Paiva Lozano, & Aguirre Huarcaya, 2012)

Ahola et al. en una muestra de 4156 empleados de diversas edades y puestos laborales, encontraron que las mujeres jóvenes (18 – 34 años) y de mediana edad (35 – 49 años) no se relacionan de manera positiva con los mayores índices de estrés crónico y que por el contrario conforme aumenta la edad (50 – 64 años) y se aproxima la finalidad de los años laborales, la posibilidad de presentarse estrés crónico se vuelve más latente; del mismo modo, en los hombres de mediana edad (35-49 años) se encontró una relación positiva entre la edad y los mayores niveles de desgaste y estrés. Ante tales hallazgos se expone como posibles justificaciones de dichos resultados que durante la vida laboral, familiar y social se presentan una serie de aumentos y disminuciones en la acumulación de la carga total de situaciones generadoras de estrés en diferentes periodos de la vida, además la presencia de estrés crónico toma tiempo para su desarrollo y por tanto es probable que en los últimos años laborales la mayor presencia de estrés sea reflejo de la acumulación de los efectos que han generado estrés, junto a ello, la época actual se ve marcada por las crecientes demandas en cuanto a competitividad que conllevan a un aprendizaje continuo y variabilidad de horarios de trabajo, lo que genera una serie de cambios en el ámbito laboral a lo largo de la vida del trabajador, desencadenando con ello fuentes de estrés. (Ahola, Honkonen, Virtanen, Aromaa, & Lönnqvist, 2008)

En relación al género y el estrés laboral, se ha realizado una variedad de estudios referidos a este tema, no todos los autores encuentran diferencias entre sexos. Sin embargo, algunos resultados afirman que existen diferencias entre ambos sexos en cuanto a los tipos de estresores, las consecuencias, la frecuencia de los estresores más comunes y las formas de respuestas al estrés. Al respecto, se encontró que las mujeres directivas tienden a fumar más que los hombres, consumen mayor número de ansiolíticos y antidepresivos y están sometidas a mayor variedad de estresores. Sin embargo, son los hombres quienes experimentan más problemas físicos como respuesta a estas psicopatologías: cirrosis, trastornos cardiovasculares mortales y suicidios. (Gabel-Shemueli, Peralta Rondan, Paiva Lozano, & Aguirre Huarcaya, 2012)

Las mujeres presentan más estrés laboral que los varones, aunque esto depende de la calidad del rol laboral (las mujeres han desempeñado trabajos de peor calidad a lo largo de la historia), y de la mayor reactividad al estrés de la mujer, por su mayor exposición a más estresores y por su menor disponibilidad de recursos para afrontarlos. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

En general las mujeres suelen desempeñar a menudo trabajos más estresantes que los hombres, como es el de enfermera profesional, preferentemente femenina, aunque el trabajo más estresante de todos es el de ama de casa. Este incluye una elevada carga de tareas, así como una escasa valoración o reconocimiento personal, y bajas posibilidades de adquirir nuevos conocimientos, por la pobreza de estímulos externos significativos. Fuera del lugar de trabajo la mayor parte de las enfermeras tiene responsabilidades familiares y domésticas que con frecuencia entran en conflicto con sus funciones profesionales. En especial el cuidado de los hijos menores de edad lo cual representa una importante fuente de estrés para muchas madres enfermeras.

El trabajo total de la mujer empleada con plena dedicación se estima en 15 horas más de trabajo a la semana que el hombre en las mismas condiciones laborales. (Mingote Adán & Pérez García, 2013)

Las enfermeras, como toda mujer adulta en general, son más susceptibles que los varones de sufrir trastornos de ansiedad, alimentarios, del estado de ánimo y somatizaciones. Estas diferencias se deben tanto a factores psicosociales y económicos, con una general subordinación de la mujer al hombre, como a factores biológicos. Así se ha demostrado la existencia de receptores para la testosterona y el estradiol en el sistema límbico, en el hipotálamo y en otras regiones del Sistema Nervioso Central.

La enfermera de sexo femenino está expuesta a mayores estresores que el masculino, tanto en términos de frecuencia como de intensidad. Esto se debe al conflicto que experimenta entre los requerimientos de su profesión y los de su vida personal y familiar. El mayor estrés femenino debido a este conflicto, influye en el desarrollo de su carrera profesional por las concesiones que suelen realizar en beneficio de su familia, con mayor dedicación a actividades domésticas y al cuidado de los hijos y del marido.

Son pocas las mujeres que alcanzan, al menos hasta hoy, los niveles jerárquicos superiores de dirección, como titulares, catedráticas, etc. (Mingote Adán & Pérez García, 2013).

Otra variable de gran importancia es la antigüedad en el puesto, a la que podemos suponer como agravante en dicho estado (Jenaro-Rios, Flores-Robaina y González-Gil, 2007). Ésta junto con la situación contextual que atraviesa el sistema, genera una actitud de alerta que puede generar ansiedad en el trabajador. Esto se ve reflejado en el intento de frustrar al novel, debido, posiblemente, a percibirlo como una amenaza a la estabilidad de sus esquemas de actuación lo que implicaría un cambio de actitud que no están dispuestos a realizar al no haber asumido la nueva filosofía y los modelos que la sustentan, lo que crea una situación amenaza latente que de por sí agrega tensión y ansiedad. (Sagripanti Mazuquin, Gonzalez Martín, Messi, Romero Illan, & Khlie Khlie, 2012)

Al realizar el contraste entre las estrategias y la experiencia laboral se encontró una tendencia baja en la estrategia expresión emocional abierta en personas con una experiencia entre 0 a 5 años y una tendencia alta en apoyo social, esto debido a que este personal con menor experiencia laboral no tiende a expresar sus emociones dentro de su contexto laboral prefiriendo buscar apoyo social en personas significativas que no estén relacionadas con el trabajo o la situación estresante otra explicación a este resultado se debe la posible necesidad de autoafirmación que conlleva a un convencimiento personal de poseer las capacidades necesarias para afrontar la situación sin la necesidad de tener el apoyo de alguien más dentro de su contexto laboral. (Gallego, 2017)

El afrontamiento y la adaptación son conceptos muy importantes para la calidad de vida de un individuo, porque son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación. El fenómeno de afrontamiento presenta diversas conceptualizaciones, debido a su enfoque varias disciplinas, pero el fenómeno de

afrontamiento y adaptación se ha abordado fundamentalmente desde la perspectiva de enfermería a partir del modelo de adaptación de Callista Roy.

Roy considera al individuo como un sistema adaptativo que está en continua interacción con el medio ambiente, en el cual la persona utiliza mecanismos, el innato y el adquirido dentro de dos importantes subsistemas para afrontar las situaciones. Estos subsistemas incluyen el sistema regulador, que está dado por repuestas innatas y reflejas de carácter neuroquímico y endocrino del organismo; y el subsistema cognitivo, el cual es adquirido y responde a través de la percepción, procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción. Las respuestas de estos subsistemas son evidenciadas en los cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, el autoconcepto, el rol y la interdependencia (Gutiérrez López, 2009)

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO O DISEÑO

Este trabajo se realizará mediante un estudio con enfoque metodológico cuantitativo, utilizando la recolección y el análisis de datos para dar respuestas a las preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente.

El tipo de estudio es no experimental, descriptivo puesto que se van a estudiar las variables tal como se presentan en la realidad, sin manipulación por parte del investigador.

El tipo de diseño de investigación será descriptivo, ya que en este se miden, evalúan y recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en determinado momento.

Según la secuencia del estudio, es decir, la cantidad de mediciones que deberán realizarse, será un estudio transversal, recolectando los datos en un solo momento, en un tiempo único.

Según el momento de ocurrencia de los datos será prospectivo, durante el periodo marzo a julio del año 2021, en una población de 44 sujetos, compuesta por personal de enfermería de un servicio de guardia de emergencia de la ciudad de Rosario.

SITIO O CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

En función de la guía de relevamiento de datos, (ver anexo I), se escogió para la investigación un hospital de la ciudad de Rosario, en función a los datos obtenidos se identificó que el lugar era adecuado, que contenía las variables que se deseaban investigar y que en él se encuentra la población de estudio; ya que es el único centro de referencia en urgencias y emergencias de todo Santa Fe y nodo de Rosario. (Ver anexo III)

Es un efector de 3 ° nivel de alta complejidad, funciona como hospital general de agudos y centro de urgencias y emergencias de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y de patologías agudas clínico-quirúrgicas.

Reconocido como hospital escuela, interviene en la capacitación de profesionales del área de salud de diferentes disciplinas.

Por su alta tecnología e infraestructura es el efector más moderno de Latinoamérica. Tiene un novedoso sistema de diagnóstico por imágenes, permite ver en

tiempo real las imágenes que se producen en las distintas áreas del hospital; entre otros elementos de seguridad para enfrentar las consecuencias de una catástrofe, cuenta con un sofisticado sistema de alarmas, detectores de incendio, salidas de emergencias dobles y muros corta llamas, capaces de resistir dos horas de fuego.

Supera los 1000 trabajadores funcionando a pleno, siendo 341 la dotación de enfermeros en todo el hospital.

Ubicado en un punto estratégico de la ciudad, se posiciona como hospital regional por su relación directa con rutas, autopista y accesos directo a la ciudad.

Cuenta con helipuerto sanitario siendo una vía de transporte rápida y eficiente para atender urgencias médicas o para el traslado de órganos; ya que forma parte del programa Federal de Procuración de Órganos (INCUCAI y CUDAIIO).

Tiene un total de 156 camas repartidas en áreas de cuidados críticos intermedios y altos; unidad de terapia intensiva, unidad coronaria, única unidad de quemados de guardia de servicio público de la ciudad y región más la guardia de Emergencias.

Está última dispone de una sala de consultorios, sala de reanimación-shockroom, un sector de pacientes críticos, un triage de enfermería, dos sectores de internación dividido en sector hombres y mujeres, dos habitaciones para pacientes con aislamiento respiratorio, dos quirófanos donde se realizan cirugías menores. Además, funcionan las 24 horas laboratorio, radiología, ecografía, tomografía computada, guardias de cirugía, clínica médica, traumatología, ginecología, urología, anestesiología y gastroenterología.

La estructura de enfermería está formada por un jefe de departamento de Enfermería que es licenciado, 5 licenciados que cumplen la función de supervisores y un licenciado que cumple función como jefe de enfermería de la guardia. Cuenta con una dotación diaria de 44 enfermeros, 18 son licenciados en enfermería. La jornada laboral es de seis horas (00/06-06/12-12/18-18/00), con turnos rotativos.

El primer control de validez interna, se realizará en el sitio, a través de la guía de relevamiento de datos (ver anexo I)

POBLACIÓN Y MUESTRA

La unidad de análisis del estudio es cada uno de los enfermeros que trabaja en el servicio de guardia y que reúna los criterios de inclusión.

Para dicha investigación se tomará la población total que esté presente en este periodo. La población está conformada por 44 sujetos que prestan servicio en el área de enfermería de guardia en esta institución, excluyendo a quienes sean personal

reemplazante esporádico, de reciente ingreso menor a un año, y personal en tratamiento psiquiátrico.

El segundo control de validez interna se realizó a través de estos criterios de inclusión/exclusión de la población en estudio.

En cuanto a la validez externa, los resultados obtenidos en esta investigación no son generalizables a otra población, alcanzando solo a la población estadia.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIP O	FUN CIÓN	ESC ALA	DI M EN SI ÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cua ntit ativ a con tinu a	Ind epe ndi ent e	Raz ón		

Género	Se refiere a lo que la persona siente que es en un sentido psicológico, independiente mente del sexo que se le asignó al nacer	Cualitativa simple	Independiente	No binario		-Masculino -Femenino -Hombre transexual -Mujer transexual -Bigénero -Intersexual -No binario -Sin género -No estoy seguro -Prefiero no decir -Otro
Antigüedad laboral	Tiempo que un empleado lleva trabajando en un área o empresa	Cuantitativa continua	Independiente	Intervalos		-1 a 5 años -5 a 10 años -10 a 20 años -Más de 20 años

Estrategias de afrontamiento	Conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo.	Cualitativa compleja	Dependiente	No minimal	Focalizada en la solución del problema	<ul style="list-style-type: none"> -Analizar las causas del problema -Seguir unos pasos concretos -Establecer un plan de acción -Hablar con las personas implicadas -Poner en acción soluciones concretas -Pensar detenidamente los pasos a seguir
					Autofocalización negativa	<ul style="list-style-type: none"> -Autoconvencerse negativamente -No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas -Auto culpación -Sentir indefensión respecto al problema -Asumir la propia incapacidad para resolver la situación -Resignarse

					Re ev al ua ció n po siti va	-Ver los aspectos positivos -Sacar algo positivo de la situación -Descubrir que en la vida hay gente buena -Comprender que hay cosas más importantes -No hay mal que por bien no venga -Pensar que el problema pudo haber sido peor
					Ex pr esi ón e m oci on al ab ier ta	-Descargar el mal humor con los demás -Insultar a otras personas -Comportarse hostilmente -Agredir a alguien -Irritarse con la gente -Luchar y desahogarse emocional-mente
					Ex pr esi ón e m oci on al ab ier ta	-Descargar el mal humor con los demás -Insultar a otras personas -Comportarse hostilmente -Agredir a alguien -Irritarse con la gente -Luchar y desahogarse emocionalmente

					Evita ción n	<ul style="list-style-type: none"> -Concentrar-se en otras cosas -Volcarse en el trabajo u otras actividades - «Salir» para olvidarse del problema -No pensar en el problema -Practicar deporte para olvidar -Tratar de olvidarse de todo
					Búsqueda apoyo o social l	<ul style="list-style-type: none"> -Contar los sentimientos a familiares o amigos -Pedir consejo a parientes o amigos -Pedir información a parientes o amigos -Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado -Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir -Expresar los sentimientos a familiares o amigos
					Religión	<ul style="list-style-type: none"> -Asistir a la Iglesia -Pedir ayuda espiritual -Acudir a la Iglesia para rogar se solucione el problema -Confiar en que Dios remediase el problema -Rezar -Acudir a la Iglesia para poner velas o rezar

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

La técnica utilizada será la encuesta, ya que se quiere recoger datos objetivos precisos, el instrumento que se utilizará para la recolección de datos serán dos

cuestionarios. Se eligió este método por ser económico, anónimo, y porque se eliminan los sesgos que produce el encuestador.

Se aplicarán dos instrumentos (ver anexo II), el primero cuenta con un texto introductorio explicando el propósito del mismo, forma de rellenado y cuenta con 3 preguntas. En el mismo para el dato de la variable edad, se presenta una pregunta que da opción a una respuesta abierta.

Para la variable género, se brindan opciones de elección múltiple.

Para la antigüedad laboral, existe una pregunta de respuesta cerrada, con cuatro opciones de respuesta.

El segundo instrumento, es un cuestionario de afrontamiento del estrés desarrollado y validado por Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, (Sandín & Chorot, Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar, 2003) el cual contiene un texto introductorio explicando el propósito del mismo, instrucciones para completarlo y la cantidad de preguntas que contiene. Consta de 1 pregunta, seguida de 42 ítems, donde las opciones de respuesta para cada una de ellas es una escala tipo Likert 0= "Nunca", 1=" Pocas veces", 2=" A veces", 3=" Frecuentemente", y 4= "Casi Siempre", donde el sujeto valora cuál es la opción que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento que se indican. El resultado de los 42 ítems evalúa siete estilos básicos de afrontamiento: 1) focalizado en la solución del problema, 2) autofocalización negativa, 3) reevaluación positiva, 4) expresión emocional abierta, 5) evitación, 6) búsqueda de apoyo social, y 7) religión.

Respetando el principio de beneficencia se buscará que el beneficio sea mayor al daño. La población en estudio no estará expuesta a daños psíquicos ni psicológicos, preservando su estructura psíquica, respetando la confidencialidad.

En cuanto al principio de respeto a la dignidad humana/autonomía, respetando el derecho a la autodeterminación y a la información completa, a decidir de forma voluntaria si participan o no en el estudio, a retirarse o rehusarse a dar información, sin permitir la coerción para participar. Debiendo contar con la información suficiente y completa, sabiendo detalles de la naturaleza de la investigación, riesgos y beneficios.

Con relación al principio de justicia, se respetará el derecho a un trato justo y a preservar la intimidad. Se distribuirá por igual los riesgos y beneficios de la participación. El reclutamiento de los participantes se hará de manera equitativa, sin poner a un grupo de personas en una situación de riesgo solo para beneficiar a otros.

Para generar el tercer control de validez interna, se aplicó una prueba piloto (ver anexo IV) con el fin de validar el mismo en una institución de dependencia provincial, en el cual se aplicó el cuestionario a dos enfermeros, obteniendo así el instrumento final para medir las variables en estudio y en la población elegida.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El último control de validez interna se asocia al adiestramiento de personal colaborador para la recolección de datos y aplicación de instrumento. El personal a cargo de realizar las encuestas serán 2 enfermeros.

Se realizará un proceso de selección y capacitación de las personas que participaran en los diferentes aspectos de la recolección, especificando quién llevará a cabo la preparación, en qué periodo, propósito y objetivos. Una buena capacitación debe influir a fin de asegurar que los participantes estén realmente listos para hacer la recolección de datos adecuada y que estén en capacidad de detectar dificultades y buscar una solución o ayuda eficaz y oportuna. Los mismos serán personas con facilidad en la comunicación oral y capacidad para seguir instrucciones. Como así también completar la información que se recaba.

Al momento de aplicar el instrumento, el encuestador se presentará ante el encuestado. Se le explicará el propósito de la encuesta y se le brindará el consentimiento informado para que firme y acepte ser encuestado. La encuesta se realizará en una sala alejada de los ruidos de espacios comunes.

PLAN DE ANÁLISIS

Se ingresará la información obtenida a una base de datos para aplicar estadística descriptiva, utilizando el paquete estadístico Epi Info™.

El tipo de análisis es descriptivo multivariado, ya que se describe la relación entre 3 o más variables.

Para la variable cuantitativa continua edad se utilizará la escala de medición por razón. Codificándola con valores numéricos. Los resultados serán representados en un gráfico circular.

Para la variable cualitativa simple género, se utilizará una escala de medición nominal.

Codificándola con símbolos. Representando los datos en un gráfico de barras simple.

Para la variable cuantitativa continua antigüedad laboral se implementará una escala de medición de intervalos, codificando con valores numéricos y reflejando los resultados en una tabla de barras adosadas.

Finalmente, para la variable cualitativa compleja estrategias de afrontamiento se utilizará una escala de medición nominal codificando con símbolos, representando los resultados en una escala y un gráfico circular.

Esta variable estrategias de afrontamiento que mide siete dimensiones a través de 42 ítems, se utilizará una escala tipo Likert en un rango de 5 respuestas que son 0= “nunca”, 1= “pocas veces”, 2= “a veces”, 3= “frecuentemente” y 4 = “casi siempre”.

Corrección de la prueba. Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.

Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.

Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.

Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.

Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.

Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.

Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

Actividades	Juli o	Agosto	Septiemb r e	Octubre	Noviemb r e	Diciembr e
Recolección de datos						
Tabulación de los datos						
Análisis e interpretación de los datos						

Elaboración de la discusión						
Elaboración de la conclusión						
Redacción del informe final						
Difusión de los resultados						

A

N

E

X

O

S

I. GUÍA DE ESTUDIO DE CONVALIDACIÓN O EXPLORATORIO DE LOS SITIOS

Guía de convalidación de sitio

- ¿Se autoriza a realizar una investigación?
- ¿La institución cuenta con un comité de docencia e investigación?
- ¿El establecimiento cuenta con servicio de salud mental?
- ¿Existe educación o capacitación continua al personal?
- ¿Cuenta con un servicio de guardia?
- ¿Posee sala de shock-room?
- ¿Tiene triage de Enfermería?
- ¿Cuenta con servicio de 24 hs de:
 - Laboratorio....
 - Radiología....
 - Ecografía....
 - Tomografía computada....
- ¿Cuenta con especialidades las 24 hs de:
 - Guardias de cirugía....
 - Clínica médica....
 - Traumatología....
 - Ginecología....
 - Urología....
 - Anestesiología....
 - Gastroenterología....
 - Otros....
- ¿Cuál es la dotación total de enfermeros en el servicio de guardia?
- ¿Se permite encuestar a los enfermeros?
- ¿En qué día y horario se los puede entrevistar?
- ¿Existe variedad en el género de los enfermeros?
- ¿Qué edad aproximadamente poseen los enfermeros de la institución?
- ¿Cuentan los enfermeros con antigüedad de más de un año en el servicio?

II. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO 1

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación, los datos serán recolectados a través de una encuesta y la información que se solicitará será anónima, voluntaria y se agradecerá la sinceridad al responder las preguntas. Se acompañará de un consentimiento informado.

¿Cuál es su edad?	— — — —
¿Cuál es su Género?	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino• Hombre transexual• Mujer transexual• Bigénero• Intersexual• No Binario• Sin género• No estoy seguro• Prefiero no decir• Otro
¿Cuál es su antigüedad laboral?	<ul style="list-style-type: none">• De 1 a 5 años.• De 5 a 10 años• De 10 a 20 años• Más de 20 años

INSTRUMENTO 2

CAE Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar, 2003)

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año].

0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Casi siempre	
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4

10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionara el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4

28. Tuve fe en que Dios remediara la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Se solicita mediante la presente obtener su consentimiento para participar del trabajo de investigación sobre la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento, edad, género y antigüedad laboral que utiliza el personal de enfermería. El cual será aplicado por el investigador _____. El propósito de esta investigación es determinar que relación que existe entre las estrategias de afrontamiento, edad, género y antigüedad laboral que utiliza el personal de enfermería en situaciones de estrés para poder trabajar conjuntamente con el equipo interdisciplinario realizando una continua intervención de tipo preventivo mediante un programa de charlas informativas sobre técnicas de relajación y comunicación asertiva en busca de incorporar herramientas y desarrollar destrezas para fomentar el autocuidado.

Yo _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a esta encuesta de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetara la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica. Además, afirmo que se me proporcionó suficiente información sobre aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con el investigador antes mencionado.

Firma

III.RESULTADO DEL ESTUDIO EXPLORATORIO

El estudio exploratorio se realizó en una institución pública de dependencia municipal de la ciudad de Rosario de tercer nivel de complejidad, la cual cuenta con un servicio de guardia de urgencias y emergencias. Dispone de consultorios médicos, una sala de reanimación-shockroom, un sector de pacientes críticos, un triage de enfermería, dos sectores de internación, dividido en sector de hombres y mujeres, dos habitaciones para pacientes con aislamiento respiratorio y dos quirófanos donde se realizan cirugías menores. Cuenta con servicio de 24hs de traumatología, ginecología, urología, anestesiología, gastroenterología, etc. Además de poseer servicio de 24hs para la realización de estudios diagnósticos como ecografía, tomografía computarizada, radiología y laboratorio de análisis.

Se entrevistó a la jefa del servicio quien nos confirma que la institución cuenta con una dotación de 44 enfermeros profesionales y licenciados, de diferentes edades, antigüedad laboral y género realizando una jornada diaria de 6 horas en turnos rotativos (00/06- 06/12- 12/18- 18/24).

La institución cuenta con un office de enfermería amplio donde se podrá realizar la encuesta, y la entrega de los cuestionarios, acordando ser en el horario de ingreso de los mismos el adecuado. La misma jefa de servicio brinda la autorización firmada.

IV.RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DE LOS INSTRUMENTOS

Se realizó la prueba piloto de los instrumentos con el fin de ser validados, en tres enfermeros que trabajan en la unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital de emergencias de la ciudad de Rosario que hace menos de un año realizaban su labor en el mismo efector, pero en el sector de guardia de emergencias, contando con la experiencia y reuniendo las mismas características de la población en estudio.

Se inició la prueba piloto dando una breve explicación, se solicitó la firma del consentimiento informado, asegurándoles confidencialidad y anonimato. Luego se entregaron los cuestionarios para que, con tiempo, pudieran ser completados.

Se los recogió antes del final del turno de trabajo, preguntando si hubo alguna duda o inconveniente al responderlos.

En la aplicación no se obtuvieron inconvenientes, las preguntas fueron comprendidas con facilidad y no resultó en conflicto las opciones de respuesta. La duración de los mismos fue de 5 minutos, los encuestados se mostraron colaboradores y no manifestaron quejas ni distracciones en la participación.

Podemos decir que los instrumentos cumplen con los tres criterios fundamentales con los que se debe contar, son válidos, confiables y precisos para medir las variables seleccionadas para este estudio.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Melania de Ochoa
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 25 noviembre 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. NESTOR ORFEO
Enfermero Jefe
Mat. N° 266 - H.E.C.A.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar García, E. C. (7 de Noviembre de 2020). *Universidad Autónoma de Nuevo León*.
Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/3193/>
- Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2008). Burnout in relation to age in the adult working population. *Journal of Occupational Health*, 362-365.
- Arciniega Arce, R. S. (2012). Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. *Revista Venezolana de gerencia*, 611-634.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la precariedad del cuidado de la salud. *Trabajo y sociedad*, 11-35.
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*, 117-125.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Ceballos Vásquez, P., Valenzuela Suazo, S., & Paravic Klijn, T. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en Enfermería*, 271-279. Obtenido de Avances En Enfermería: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46231>
- Gabel-Shemueli, R., Peralta Rondan, V., Paiva Lozano, R. A., & Aguirre Huarcaya, G. (2012). Estrés laboral: relaciones con inteligencia emocional, factores demográficos y ocupacionales. *Revista Venezolana de gerencia*, 271-290.
- Gallego, L. L. (2017). El estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de Armenia, Quindío. *Revista Psicología Científica.com*, 2.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2007). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 215-230.
- Griffiths, A., Leka, S., & Cox, T. (20 de Octubre de 2020). <https://www.who.int/>. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42756>
- Gutiérrez López, C. (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Revista de Investigaciones*, 201-213.

- Hernández-Mendoza, E., Cerezo-Reséndiz, S., & López-Sandoval, M. G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Rev Enferm IMSS.*, 161-166.
- Houtman, I., Jettinghof, K., & Cedillo, L. (17 de Noviembre de 2020). <https://www.who.int/>. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43770/9789243591650_spa.pdf?sequence=1
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Mamani Encalada, A., Obando Zegarra, R., Uribe Malca, A. M., & Vivanco Tello, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 50-57.
- Martínez Ramón, J. P. (2015). Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: burnout y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1-9.
- Mingote Adán, J. C., & Pérez García, S. (2013). *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid: Diaz de Santos.
- Muñoz Arteaga, D., & Romero-Nieva Lozano, J. (2007). Perfil profesional de la enfermería de emergencias, urgencias y desastres. *Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes*, 3-9.
- Rangaswamy, S. M., Bertolote, J. M., Epping-Jordan, J., Funk, M., Prentice, T., Saraceno, B., & Shekhar, S. (15 de Octubre de 2020). <https://www.who.int/>. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Sagripanti Mazuquin, O. G., Gonzalez Martín, M. J., Messi, I., Romero Illan, J., & Khlie Khlie, Y. (2012). El efecto del burnout en la antigüedad en el puesto del trabajo: análisis mediacional de la ansiedad. *Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*, 4-11.
- Sandín, B. (2002). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 141-157.

- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 52-53.
- Slipak, O. (1996). Estrés laboral. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*.
- Soto Pino, I., Irrazabal, L. M., & Cruz Pedreros, M. (2015). *Manual de Enfermería. En atención de urgencias. 2da Edición*. Concepción: Mediterráneo.
- Spinelli, H., Trotta, A., Guevel, C., Santoro, A., García Martínez, S., Negrín, G., & Morales Castellón, Y. (23 de Octubre de 2020). <https://www.paho.org/>. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/arg/images/gallery/pub69.pdf?ua=1>
- Superintendencia de riesgos del trabajo. (30 de Octubre de 2020). www.argentina.gob.ar. Obtenido de Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social.: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/analisis_de_la_exposicion_a_factores_de_riesgo_psicosocial_y_efectos_en_la_salud_0.pdf
- Verdusco, R. O., Hernández, C., & Mercado Ibarra, S. M. (2018). El estrés en el entorno laboral.Revisión genérica desde la teoría. *Cultura Científica y Tecnológica. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*, 31-42.
- Zambrano Plata, G. E. (30 de Noviembre de 2020). *Estresores en las unidades de cuidado intensivo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/>: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=es